

implicación cada vez mayor de los servicios autonómicos de salud y sus redes hospitalarias, todavía queda mucho por hacer para que la población penitenciaria pueda acceder, en condiciones de absoluta igualdad, a las prestaciones sanitarias a que todo ciudadano, esté privado o no de libertad, tiene derecho.

3.2.1. EL MODELO PREVISTO EN EL CONVENIO MARCO DE 1992 Y CONVENIO SECTORIAL DE 1995: PREVISIONES SOBRE UNA FUTURA TRANSFERENCIA DE LA SANIDAD PENITENCIARIA

Como venimos repitiendo a lo largo del presente Informe, una de las obligaciones básicas que impone a la Administración Penitenciaria su Ley Orgánica reguladora es la de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos, prescribiendo el Reglamento Penitenciario vigente que a todos los internos sin excepción se les garantice una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población, en consonancia con los preceptos constitucionales que garantizan a las personas privadas de libertad el mantenimiento de sus demás derechos y el acceso a los mismos en condiciones de igualdad.

Consecuentemente, el modelo de asistencia sanitaria vigente pasa por una atención primaria con medios propios o ajenos concertados –la tradicional Sanidad Penitenciaria- y una atención especializada a prestar por el Sistema Nacional de Salud, previéndose por el artículo 209 del Reglamento citado que *«se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos»*.

En cuanto a la asistencia especializada, la norma prevé que se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al centro penitenciario y que los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas.

Es a través de esos convenios y protocolos como se produce la colaboración autonómica, cuyo punto de partida, en el caso andaluz, es el Convenio-Marco de colaboración de 23 de Marzo de 1992, de ámbito general en cuanto que se ocupa de materias muy dispares, pero que incluye entre sus siete áreas una dedicada expresamente a la atención sanitaria, a la que describe del siguiente modo:

"Organización de actividades y programas específicos, encaminados directamente a prevenir la enfermedad y a mejorar la salud, en una población calificada de alto riesgo. Se concretan en:

- Atención primaria:
- Programas de educación para la salud.
- Campañas de medicina preventiva y vigilancia epidemiológica.
- Atención especializada: atención ambulatoria en centros penitenciarios y hospitalaria en centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud.
- Especial atención a problemas de salud mental.
- Formación continuada del personal sanitario penitenciario en instituciones del Servicio Andaluz de Salud".

Más adelante el Convenio-Marco establece las obligaciones de cada parte en los siguientes términos:

"La Consejería de Salud incluirá a los Centros Penitenciarios en los programas y campañas de medicina preventiva existentes en la Comunidad, considerándolos como una población de alto riesgo de atención preferente, y aportando los medios personales y materiales precisos para ello, incluyendo el área de salud mental.

En concreto facilitará el soporte analítico para las muestras de los internos que, tanto a efectos epidemiológicos como diagnósticos, puedan llegar a los hospitales del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

La Secretaría General de Asuntos Penitenciarios, por su parte, se encargará de la preparación y transporte de las citadas muestras hasta los servicios de laboratorio correspondientes así como su posterior recogida.

El Servicio Andaluz de Salud ofertará a sus médicos especialistas la posibilidad de pasar consulta, en el interior de los establecimientos penitenciarios, de acuerdo con las necesidades que los servicios sanitarios de éstos estimen necesario.

Ello no comportará relación contractual alguna ni desempeño de plaza en el Ministerio de Justicia.

Los equipos de salud mental del Servicio Andaluz de Salud actuarán como equipos de segundo nivel, considerando los equipos sanitarios de Instituciones Penitenciarias como unos más de atención primaria, decidiendo aquéllos, en caso necesario, la hospitalización colaborando en los programas de rehabilitación de los pacientes crónicos que lo precisen.

El Servicio Andaluz de Salud creará zonas de seguridad en los hospitales de él dependientes que permitan el eventual ingreso de pacientes reclusos.

El Ministerio de Justicia, por el procedimiento oportuno al efecto, realizará las correspondientes transferencias de créditos a la Comunidad Autónoma, con el fin de cubrir el incremento de gastos derivados de la aplicación de los párrafos anteriores. Asimismo, la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios es responsable del acondicionamiento de los locales y del equipamiento con el material clínico correspondiente para que tales consultas puedan llevarse a efecto.

El Servicio Andaluz de Salud, dentro de sus programas incluirá la formación de médicos y demás personal sanitario de Instituciones Penitenciarias en los centro de él dependientes”.

Lógicamente las alusiones al Ministerio de Justicia deben entenderse referidas ahora al Ministerio del Interior, del mismo modo que otros organismos aludidos tienen hoy su correspondiente nueva denominación, como la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios, hoy de Instituciones Penitenciarias.

De las previsiones de este primer Convenio destacaríamos por su complejidad y permanente actualidad las de la presencia de especialistas en los centros penitenciarios, a cuya voluntariedad se encomienda su efectiva aplicación, algo que se recogerá expresamente en el desarrollo sectorial que poco después se acordaría.

En lo concerniente a la salud mental se parte de la idea de la relativa especialización de los equipos sanitarios de instituciones penitenciarias considerando los del Servicio Andaluz de Salud como de segundo nivel, algo que, en el transcurrir de los años se ha mostrado insuficiente exigiendo una presencia, siquiera mínima, de especialistas en el interior.

Y en cuanto al tema al que en igual medida que a las consultas de especialidades dedicamos el presente Informe, la tímida alusión a la creación por el Servicio Andaluz de Salud de zonas de seguridad en los hospitales de él dependientes que permitan el eventual ingreso de pacientes reclusos: las que se han dado en llamar Unidades de Custodia Hospitalaria, que trabajosamente se han ido construyendo y utilizando en los últimos años.

Que con fecha 17 de noviembre de 1995 se procedió a suscribir Convenio (no publicado) de colaboración en materia sanitaria entre el entonces Ministerio de Justicia e Interior (Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios) (hoy Ministerio del Interior y Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, respectivamente), y la Conserjería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía, con el objeto de establecer y regular la cooperación para la prestación de la asistencia sanitaria a la población interna de los centros penitenciarios ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Dicho Convenio ha tenido una [Addenda al Convenio publicada por Resolución de 5 de abril de 2010](#), de la Secretaría General Técnica.

Conviene destacar de su amplio articulado el punto 16 de entre las obligaciones de la Administración Sanitaria Autonómica, sobre consultas de especialidades, que contempla la previsión de un hospital de referencia para cada centro penitenciario, tanto para los desplazamientos de sus especialistas a las prisiones como para la atención de las consultas especializadas procedentes de ellas, estableciéndose en ambos sentidos los protocolos conjuntos sobre patologías concretas y criterios de derivación.

Prima en cuanto a los desplazamientos de especialistas el criterio de la voluntariedad, recogiendo expresamente que se realizarán *"de acuerdo a las posibilidades y a la voluntariedad de sus facultativos"*, pauta que hacía presagiar que no serían frecuentes, como en efecto ha ocurrido.

También detalla el convenio sectorial que comentamos las obligaciones de la Administración Penitenciaria, como la de efectuar los traslados de los

internos enfermos "*entre las instalaciones de ambas Instituciones*", traslados cuya realización efectiva ha de hacerse, por imperativo legal, por miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado -Policía y Guardia Civil, según la ubicación del Centro Penitenciario en presencia- asunto que ha venido planteando numerosos problemas al ocasionar pérdida de citas programadas.

Este acuerdo sectorial ha estado vigente durante diecisiete años, renovándose mediante su tácita prórroga hasta que se denuncia el año 2012, en que queda sin efecto, firmándose un nuevo [Convenio el 16 de agosto de 2013](#), (Resolución de 1 de octubre de 2013, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia sanitaria, BOE 243, de 10 de Octubre) vigente hasta el 31 de diciembre de ese mismo año -solamente tres meses de vigencia, pues-, sin que en la actualidad exista al respecto convenio alguno. Más adelante desglosaremos algunos términos de este convenio que se discutió, redactó y firmó en 2013, aunque cercenó su vigencia a finales de ese mismo año. Por lo que Andalucía persiste en un mismo modelo conveniado y discontinuo respecto de la definición del desarrollo de sus competencias sanitarias en los recintos penitenciarios.

Lo más sorprendente de todo ello es que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003, de 28 de Mayo, preveía, concretamente en la Disposición Adicional Sexta de la misma, la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las diferentes Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud, y se establecía, además, un plazo para ello: 18 meses desde la entrada en vigor de la Ley, plazo que finalizó el 30 de Noviembre de 2004, sin que dicha transferencia se haya realizado aún en ninguna Comunidad Autónoma, excepto, desde el 1 de julio de 2011, en el País Vasco.

Dicha transferencia se instrumenta por [Real Decreto 894/2011](#), de 24 de junio, del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria, que recoge que la Comunidad Autónoma ejercerá, dentro de su ámbito territorial, las funciones de asistencia sanitaria establecidas en la legislación

penitenciaria, reservándose el Estado tan sólo algunas funciones de coordinación y estadísticas para fines estatales, detallándose en listados anexos, por centros penitenciarios, todo el personal tanto funcionario como laboral que se traspasa, y concretándose, en otro apartado, los bienes, derechos y obligaciones del Estado que también son objeto del traspaso, como mobiliario, equipos, material inventariable, equipamiento sanitario y de las nuevas construcciones penitenciarias en curso, gastos de suministros ordinarios y de mantenimiento, conservación y limpieza, y otras especificaciones.

El caso de Cataluña es diferente puesto que tiene transferida, desde hace muchos años –1984- toda la ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria en aquella Comunidad, habiéndose procedido, hace años también, a transferir las funciones en materia de salud y asistencia sanitaria penitenciaria al Departamento de Salud de la Generalitat, con la posterior integración del personal sanitario de prisiones en el Instituto Catalán de Salud, en la condición de personal estatutario.

Poco tiempo después de que expirara el plazo concedido para que se realizara la transferencia, el Congreso de los Diputados en sesión de Marzo de 2005 aprobó una proposición no de ley en la que se instaba al Gobierno a que velara para que el proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas se realizara con plenas garantías para la prestación del servicio, así como para asegurar el mantenimiento de la necesaria integración de la misma en el conjunto del sistema penitenciario, estableciendo los plazos y los medios precisos para ello, instancia que, como decimos, no se ha cumplido con la única excepción que acabamos de señalar.

Pese a que somos conscientes de que dicha integración plantea dificultades importantes de diversa índole, ninguna debe impedir, en nuestra opinión, que la sanidad penitenciaria se integre en el Sistema Nacional de Salud, terminando con una dualidad organizativa que a nadie beneficia, menos aún a los internos que la padecen.

Y si podría pensarse en una resistencia corporativa interna de los sanitarios penitenciarios a su integración en el Servicio Andaluz de Salud, los datos que nos han ido llegando no parecen ir en esa línea, como se desprende del posicionamiento que viene manteniendo la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, que engloba a una gran parte de los sanitarios

penitenciarios, apoyando la integración y denunciando la marginación del personal sanitario de prisiones, afirmando en diversos foros que la sanidad penitenciaria española constituye una singularidad dentro del Sistema Nacional de Salud y su aislamiento respecto a los sistemas autonómicos responde a criterios decimonónicos, y estableciendo un agravio comparativo con el proceso seguido con los maestros de prisiones, que sí se ha producido en la Comunidad Autónoma Andaluza, si bien a costa de un proceso largo y tortuoso que se prolongó durante más de diez años, tras el que estos profesionales han quedado integrados en las estructuras educativas autonómicas, normalizándose la enseñanza y mejorando el proceso educativo de los internos.

En otros pronunciamientos públicos la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria ha deplorado que en la sanidad penitenciaria no haya ocurrido aún, pese a que el aumento de la población penitenciaria -aunque en estos últimos años se haya producido una importante disminución de la misma, todo hay que decirlo- y la huida de profesionales sanitarios hacia otros destinos profesionales más atractivos haga difícilmente sostenible el modelo actual.

No parece, por otra parte, que en el País Vasco, única Comunidad Autónoma donde se ha transferido la sanidad penitenciaria -siempre con la salvedad de Cataluña, donde la transferencia de competencias es total al estarlo también la administración penitenciaria- el traspaso haya generado grandes problemas, lo que debería suponer que este primer paso dado en la ejecución de las previsiones de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, antes comentada, sirviera de impulso y modelo para otras Comunidades cuyos procesos de integración o bien se encuentran estancados o bien avanzan tan lentamente que no parecen hacerlo, como ocurre en el caso de Andalucía.

3.2.2. EL CONVENIO DE 2013: UN BREVE CONVENIO PARA UN MISMO MODELO

Hemos comentado la dualidad asistencial establecida en los términos del Convenio Marco de 1992 y en el Convenio de 17 de Noviembre de 1995 en materia sanitaria. Aun a pesar de que éste último fuera renovado por el nuevo [Convenio sectorial de 16 de Agosto de 2013](#), sus postulados